معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی استان فارس

مدیریت سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

فرم پسخوراند ارجاع از روانشناس به: پزشک..... مراقب سلامت/بهورز.....

شهرستان ..... مرکز جامع سلامت .....

نام نام خانوادگی مراجع: ..... کد ملی ..... تاریخ مراجعه .....

تعداد جلسات پیش بینی شده برای مراجعه به روانشناس .....

شرح خدمات و توصیه ها

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

نام و نام خانوادگی روانشناس .....